per omaggio

Corsi di Medicina e di Chirurgia in Zona di Guerra

Scuola di Anatomia Patologica diretta dal Prof. A. Dionisi

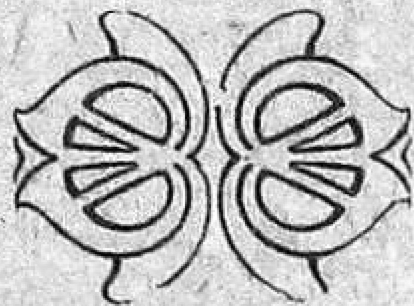
A

Dott. GHERARDO FORNI

CAPITANO MEDICO - AIUTO E DOCENTE

RESOCONTO ANATOMO-PATOLOGICO

DAL DICEMBRE 1916 AL MARZO 1917



BOLOGNA

Tipografia Gamberini e Parmeggiani

Via Altabella 6 B

1918

CORSI DI MEDICINA E DI CHIRURGIA IN ZONA DI GUERRA

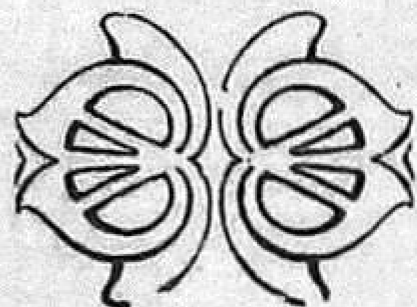
Scuola di Anatomia Patologica diretta dal Prof. A. Dionisi

DOTT. GHERARDO FORNI

CAPITANO MEDICO - AIUTO E DOCENTE

RESOCONTO ANATOMO-PATOLOGICO

DAL DICEMBRE 1916 AL MARZO 1917



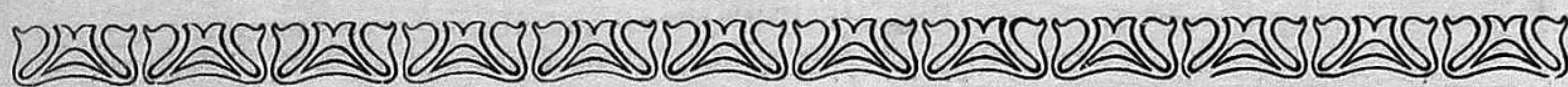
BOLOGNA

Tipografia Gamberini e Parmeggiani

Via Altabella 6 B

1918

Dal *Bullettino delle Scienze Mediche*. Anno LXXXIX, Serie IX, Vol. 6°
Bologna 1918



Nel decorso anno riferii, per consiglio del Prof. Dionisi, in modo sommario sui risultati delle necroscopie eseguite dal Febbraio al Maggio 1916 (1): colla presente pubblicazione è mio intendimento completare, col sussidio di numerose altre osservazioni, il resoconto precedente e trarre infine le conclusioni che i dati di fatto raccolti hanno permesso di stabilire.

Il numero delle necroscopie eseguite dal Dicembre al Marzo 1917 fu di circa 200, numero lievemente inferiore a quello del primo corso per la minore durata del periodo scolastico. Tutte le necroscopie furono eseguite nella scuola o dall'Insegnante per trarne utile e variato argomento di lezione, o dagli stessi studenti per gli esercizi quotidiani di tecnica e di diagnostica anatomo-patologica.

Ciò fu possibile per un miglior ordinamento dei varî insegnamenti e per una completa organizzazione nella scelta e nel trasporto del materiale cadaverico, che divenne eccellente dal lato didattico per il fatto che furono scelti con cura quei casi che si presumeva potessero presentare un complesso di alterazioni più adatte e più utili all'insegnamento.

Le più frequenti malattie acute furono: la meningite, la polmonite, svariate forme di itteri infettivi, il tifo, la dissenteria, l'atrofia giallo-acuta del fegato; furono osservate anche in numero discreto la tubercolosi e la sifilide. Con una frequenza non certo inferiore a quella constatata nel precedente corso, furono sottoposti al nostro esame casi di morte rapida od improvvisa dovuti spesso a malattie ignote al medico ed al malato quali ad esempio: aneurismi con rot-

---

(1) Resoconto delle autopsie eseguite durante il corso di Anatomia-Patologica tenuto dal Prof. A. Dionisi della R. Università di Palermo. *Ed. Soc. An. Tip. Leonardo da Vinci*. Città di Castello 1917. *Rivista Ospedaliera*. Vol. VII, N.° 19, 1917.

tura in un bronco, paralisi di cuore per ipertrofie idiopatiche o istati timico-linfatici, uremie per nefriti acute o subcroniche, atrofie acute del fegato ecc.

Tale casistica numerosa non scevra di responsabilità e di grande importanza sociale per le conseguenze che il giudizio necroscopico includeva, presentò talvolta al tavolo anatomico non lievi difficoltà: la scienza e l'esperienza del Prof. Dionisi risolsero e chiarîrono in modo esauriente, anche ai meno esperti, i più ardui problemi di diagnostica anatomo-patologica, i quali suscitarono sempre grande interesse pratico e scientifico.

Gli esami che sostennero gli studenti a metà circa ed alla fine del corso in numero di oltre 600, dimostrarono ampiamente che la fede e l'abnegazione che il Maestro portò nell'adempimento del suo dovere non erano state poste e spese invano: il profitto che i giovani avevano tratto dall'insegnamento, largamente dimostrativo era stato ottimo ed essi furono lieti che la tregua invernale alle operazioni di guerra avesse loro consentito di accrescere il corredo di cognizioni mediche e di essere con ciò meglio preparati al mandato che la Nazione loro affidava.

Nella compilazione del presente resoconto seguirò lo stesso ordine e lo stesso sistema già usati: solo per maggior speditezza, abolendo i quadri riassuntivi, mi limiterò alle note illustrative fatte per ciascun capitolo ed infine riassumerò in alcune proposizioni i dati di fatto raccolti e che possono recare qualche contributo a questioni di indole generale tuttora argomenti di studio e di interesse scientifico e pratico.

Aprile 1917.

G. FORNI

I. Apparato circolatorio.

CUORE

Pericardio. A carico del pericardio furono osservati alterazioni di circolo e processi infiammatori acuti e cronici.

L'idropericardio, talvolta abbondante fino a raggiungere gr. 1500, fu osservato tre volte in casi di nefrite glomerulo-tubulare acuta e cronica ed una volta in un caso di cancro endoteliale del peritoneo.

Si rinvennero cinque pericarditi acute sierofibrinose in soggetti morti per polmonite lobare acuta per diffusione del processo infiammatorio al mediastino ed al pericardio; due casi di pericardite fibrino-purulenta in individui deceduti per settico-pioemia secondaria a ferite e con linfoadenite suppurata del collo e del mediastino: un caso di pericardite villosa in luetico con aneurisma aortico.

Aderenze fra il foglietto viscerale e parietale e cioè pericarditi croniche fibrose parziali furono osservate due volte; in una coesisteva pleurite e peritonite cronica, nell'altra eravi ancora un linfosarcoma del mediastino.

Ispessimenti del pericardio viscerale fibro-callosi, di color bianco-madreperlaceo, conosciuti col nome di macchie tendinee si riscontrarono spesso e confermarono l'opinione, da noi già espressa, che si tratti di disturbo di sviluppo piuttosto che di un esito di processo infiammatorio pregresso.

Endocardio. Le alterazioni dell'endocardio consistettero pure in processi infiammatori acuti e cronici ed in alterazioni congenite.

Un'endocardite acuta verrucosa localizzata alle sole semilunari aortiche si riscontrò in soggetto deceduto per setticoemia secondaria a ferite. Il paziente in vita aveva presentato segni di infarto polmonare confermato all'autopsia.

Un'endocardite cronica della mitrale e delle sigmoidee aortiche con retrazione cicatriziale dei tendini e depositi calcarei sul pizzo aortico della mitrale con lieve insufficienza, si riscontrò in un individuo morto per dissenteria bacillare; un'altra endocardite cronica delle sole semilunari aortiche in soggetto morto per nefrite.

Due casi di persistenza dei vasi fetali nelle valvole e nell'endocardio sotto forma di emangiomi (amartomi): la sede una volta era nel pizzo aortico della mitrale ove si osservava una zona di color rosso-vivo della grandezza di una lenticchia, di tessuto liscio rilevato con disegno di fini vasi a margini ben netti. L'altra volta la sede era l'endocardio dell'atrio destro presso la fossa ovale, l'aspetto era analogo, la grandezza un po' maggiore.

Miocardio. Il caso di atrofia bruna nel quadro tipico, coll'impicciolimento dell'organo e colle arterie coronarie tortuose e molto evidenti si verificò in soggetto deceduto per ferita al fegato seguita da ascesso e da pleurite purulenta: la malattia era durata oltre 90 giorni.

Il rigonfiamento torbido del miocardio fu di osservazione frequente nelle infezioni acute: sei volte per tifo, due per setticoemia da tonsillite, tre per ittero infettivo, due per polmonite, due per meningite cerebro-spinale, due per pleurite purulenta, una per sepsi da ferita al midollo, una per bronco-polmonite con ascessi multipli del polmone.

Fra le alterazioni del miocardio furono degne di attenzione particolare due casi di notevole ipertrofia, idiopatica la quale si ritenne causa della morte rapida ed in rapporto intimo coll'esistenza di uno stato timico-linfatico illustrato dal Paltauf. Il reperto anatomico fu in entrambi i casi caratterizzato da un'iperplasia di tutto il sistema linfatico in modo speciale alla base della lingua, alle tonsille, alle ghiandole linfatiche mesenteriche, ai follicoli ed alle placche di Peyer. Eravi tumore di milza con abbondanza di polpa rossa. Oltre a ciò si osservarono fenomeni di edema e di stasi recente nel cervello, nei polmoni, nel fegato, nei reni: in questi ultimi non si notarono speciali alterazioni. Il timo in un caso era di volume poco aumentato; nell'altro era invece assai grosso e del peso di circa 20 grammi. Le ghiandole a secrezione interna non si dimostrarono alterate. Entrambi gli individui avevano clinicamente accusato qualche giorno prima un senso di malessere generale; poi erano rapidamente caduti in istato comatoso emettendo abbondante liquido bianco, schiumoso, dalla bocca quale manifestazione dell'edema polmonare acuto, constatato all'autopsia. Il cuore in tutti i casi era notevolmente ipertrofico e l'ipertrofia interessava specialmente le pareti di entrambi i ventricoli: alla ipertrofia era seguita la dilatazione con stasi generale.

In numerosi altri casi l'ipertrofia totale del cuore era la conseguenza di profonde alterazioni renali: in tre casi esisteva nefrite glomerulare cronica con anasarca e stasi nel polmone, nel fegato e nella milza: in due altri casi esisteva nefrite glomerulare subacuta; in un altro infine il rene aveva assunto l'aspetto del grosso rene variegato: tutte le volte alla ipertrofia era succeduta la dilatazione e quindi lo scompenso accompagnato da fenomeni più o meno acuti e gravi di intossicazione uremica.

VASI SANGUIGNI

Arterie. A carico del sistema arterioso furono osservati aneurismi e processi infiammatori dell'aorta secondari ad infezione luetica, aneurismi secondari a traumi, trombosi in casi di congelamento delle estremità, atero sclerosi.

Un aneurisma dell'aorta toracica subito oltre l'istmo della grandezza di un pugno era in dipendenza di un processo di arterite polposa di natura sifilitica confermata dalle altre alterazioni (pleurite, peritonite cronica, cicatrici stellate della milza), rilevate all'autopsia. La cavità aneurismatica comunicava ampiamente col bronco di sinistra, che comprimeva, determinando perciò una atelettasia da collasso del polmone corrispondente. La morte era avvenuta improvvisamente in seguito alla rottura della sacca aneurismatica che aveva determinato emorragia imponente ed asfissia.

Un altro aneurisma dissecante, voluminoso quanto la testa di un feto, era localizzato all'inizio dell'aorta e comprimeva gli atrii. Vi era inoltre epatite interstiziale, linfoadenite generale ed orchite bilaterale interstiziale fibrosa, che ne stabilivano la natura e l'origine.

Un'aortite sifilitica, senza formazione di cavità aneurismatica fu osservata in altra autopsia: la mesoarterite caratteristica era localizzata specialmente all'istmo e si accompagnava a perisplenite fibrosa a focolaio, periepatite ed epatite interstiziale.

Trombosi delle arterie tibiali in casi di congelamento di entrambi gli arti, con esito in cancrena delle estremità inferiori, furono osservate due volte. La trombosi giungeva allo stesso livello cutaneo, che segnava la demarcazione fra tessuto sano e tessuto gangrenoso.

Iu tre operai di età avanzata deceduti per polmonite, per bronco-polmonite e per dissenteria, si riscontrò ateromasia aortica in forte grado: una volta il processo ateromatoso si era diffuso alle valvole sigmoidee aortiche, che erano in gran parte calcificate e di conseguenza lievemente insufficienti.

La presenza di lesioni atero-sclerotiche iniziali in quasi tutti i cadaveri, sotto forme di ispessimenti e rilevatezze bianco-giallastre sull'intima nella prima porzione dell'arco confermano il reperto costantemente osservato nel precedente anno e raffermano l'ipotesi (Jores, Dionisi) che le prime lesioni dell'intima vasale, per effetto di tossici di varia natura, possano comparire fin dai primi anni di vita e che secondariamente in diversa misura seguano le modificazioni di struttura, che caratterizzano il processo aterosclerotico.

Vene. A carico del sistema venoso, oltre le ferite semplici, la trombo-flebite del seno sigmoideo e della giugulare interna da otite purulenta cronica destra: la morte avvenne per setticoemia.

II. Milza — Apparato linfatico.

Milza. Le alterazioni anatomiche della milza furono di svariata natura. In due soggetti deceduti per dissenteria la milza si presentava fortemente atrofica, ricca di connettivo e povera al contrario di polpa e di sangue.

Il tumore acuto infettivo si riscontrò ventun volte e sempre quale manifestazione di processi infettivi che furono spesso causa di morte: e cioè in otto casi di tifo, in due di morbo di Weil, in tre di polmonite acuta lobare, in quattro di setticoemia, in tre di bronco-polmonite ed infine in un caso di meningite cerebro-spinale.

Un tumore acuto da malaria, caratteristico per il colorito cioccolatto, dovuto alla deposizione di pigmento melanotico, si rinvenne in individuo morto rapidamente per meningite cerebro-spinale.

Il tumore cronico di milza fu osservato nove volte e per le seguenti cause: due volte per stasi cronica, due per tubercolosi generale, tre per malaria raggiungendo (in un caso) l'organo le dimensioni di cm. 28 × 24, due per suppurazioni croniche secondarie a ferite.

Processi di perisplenite cronica fibròsa adesiva parziale si riscontrarono due volte associati a peritonite pleurite e pericardite: in altri due casi la perisplenite era a focolaio od a chiazze ed aveva assunto l'aspetto cartilagineo. Una volta numerose cicatrici stellate della capsula erano in rapporto con infezione luetica pregressa.

Apparato linfatico. Una notevole iperplasia di tutto l'apparato linfatico, con timo di volume assai superiore alla norma, evidentemente ricordava lo stato timico-linfatico descritto dal Paltauf. Noi lo riscontrammo in tre casi nei quali la causa di morte poteva essere messa in rapporto con questa particolare costituzione dell'organismo: in due casi si verificò una paralìsi acuta di cuore, nel terzo era insorta un'atrofia giallo-acuta del fegato.

Fra i processi infiammatorii acuti dell'apparato linfatico sono da ricordare soltanto le linfoadeniti acute mesenteriche nel tifo, nel morbo di Weil, nell'atrofia giallo-acuta del fegato e le linfoadeniti acute dell' ilo polmonare e mediastiniche nella polmonite franca e nella bronco-polmonite. Una linfoadenite acuta purulenta del collo e del mediastino si manifestò in un caso di settico-pioemia.

Nelle alterazioni tubercolari del polmone si constatò sempre la tubercolosi delle ghiandole linfatiche regionali.

Fra le neoplasie si osservarono due casi di linfosarcoma: nel primo erano interessate le ghiandole linfatiche mediastiniche, nel secondo le ghiandole linfatiche retro-peritoneali.

Il tumore mediastinico era costituito da una grossa massa lobata, di aspetto midollare con zone di necrosi caseosa: tutte le ghiandole linfatiche periaortiche erano notevolmente ingrossate in modo da circondare e comprimere l'arco aortico, ma non ne infiltravano la parete. Aprendo le vie aeree superiori e l'esofago, per stabilire i rapporti del tumore con i grossi bronchi, si osservava che il grosso bronco del lato destro non era compresso e quello del lato sinistro, pur essendo circondato completamente da ghiandole neoplastiche, aveva il suo lume di poco ridotto.

Il tumore proveniva con tutta probabilità dal testicolo destro già affetto da neoplasia e per tale indicazione asportato chirurgicamente qualche anno prima.

Interessante dal lato anatomo-patologico è anche il secondo caso di linfosarcoma delle ghiandole retroperitoneali. All'apertura dell'addome si riscontrò tale cavità occupata in gran parte da un tumore fluttuante grosso quanto la testa di un adulto. Lo stomaco era spostato in alto ed il pancreas ed il duodeno erano nascosti dal tumore. L'angolo epatico del colon era a questo aderente, mentre l'angolo splenico, il colon trasverso, la milza erano ricacciati in alto verso il diaframma. Pure il fegato era spinto in alto e verso destra tanto che la cistifellea era situata più profondamente nella cavità addominale. Il rene sinistro aderiva alla superficie posteriore del tumore col bacinetto e con l'uretere sino all' entrata di questo nel piccolo bacino. La dissezione accurata del rene sinistro e dell'uretere dimostrò che questi avevano rapporti di contiguità col tumore senza che la massa neoplastica si continuasse col parenchima renale. Dall'uretere fuoriesciva un liquido di aspetto urinoso: la pelvi ed i calici raggiungevano le dimensioni di un pugno di bambino e contenevano due piccoli calcoli di urati.

La massa del tumore era costituita da grossi blocchi degenerati necrotici ed infiltrati di sangue che si disgregavano facilmente ravvolti da una capsula connettivale, lacerabile specie nella parte posteriore. Tagliando ovunque la massa non si notavano formazioni che potessero deporre per un tumore teratoide. Nelle parti periferiche e meno alterate si notava una struttura midollare simile a quella del linfosarcoma e si giudicò perciò la neoformazione come proveniente dalle ghiandole linfatiche retroperitoneali. Le capsule surrenali, il rene destro, il pancreas non presentavano alcuna modificazione, di struttura nè di forma. L'esame accurato di tutti i visceri non dimostrò alcun nodulo metastatico.

III. Apparato respiratorio.

Laringe e Trachea. Le alterazioni del laringe, caratteristiche della difterite, diffuse anche al faringe si osservarono in un caso: la morte avvenne per diffusione del processo infiammatorio ad entrambi i polmoni.

L'infiammazione acuta della mucosa tracheale con desquamazioni ed erosioni si riscontrò due volte in individui morti per polmonite ed una volta in soggetto morto per tifo.

Bronchi. I bronchi si presentarono alterati per processi infiammatorii acuti e cronici: catarri bronchiali acuti dei grossi e medi bronchi trovarono la loro eziologia in processi infettivi generali (polmonite 18 volte, tifo 4, bronco-polmonite 12, nefrite 2 volte): la bronchite capillare ad essudato muco-purulento denso, tenace, fu riscontrata in casi di morbillo (2), di influenza (1), di meningite cerebro-spinale (2).

Nei sette casi di tubercolosi in tre si osservava il quadro della peribronchite tubercolare; negli altri la bronchite non presèntava alcun carattere di specificità.

Polmoni. Fra le alterazioni di tali organi sono dapprima da ricordare casi di enfisema: l'organo era pallido soffice, cogli alveoli a parete distesa e talvolta lacerata: in due casi trattavasi di enfisema essenziale, in un nefritico l'enfisema

era divenuto interstiziale; in altro nefritico l'enfisema era parziale (vicariante) e localizzato ai margini per congestione ed edema del lobo inferiore; in un annegato era diffuso e totale.

Aumento di volume, di peso e di consistenza dei polmoni si osservarono in otto casi di edema acuto: e precisamente quale fenomeno terminale in tre nefritici cronici con ipertrofia e dilatazione di cuore; in altri due morti per nefrite interstiziale acuta e glomerulo-tubulare acuta, in due casi di polmonite, a carico del polmone del lato opposto a quello infiammato, in un caso di bronco-polmonite diffusa.

Un caso di edema cronico di entrambi gli organi si riscontrò in soggetto morto per cancro endoteliale del peritoneo.

Dei 18 casi di polmonite lobare acute cinque volte il processo era bilaterale (in diverso stadio di evoluzione del processo tre volte); sette volte era localizzato a destra, sei volte a sinistra, Tutti gli stadi della polmonite furono osservati e precisamente: la epatizzazione rossa due volte, dodici la grigia, tre quello della risoluzione. La sede del processo era due volte al lobo superiore, una al solo lobo medio: le altre al lobo inferiore o totali.

Le complicazioni che si verificarono secondariamente a detto processo furono: la mediastinite in cinque casi; la pericardite in quattro; la pleurite purulenta od empiema in due. La morte avvenne in periodi diversi dall' inizio del processo morboso e precisamente tre individui morirono al 4° giorno di malattia, quattro al 5° giorno, due al 6° giorno, tre al 7° giorno, due all'8° giorno: uno al 10° e due all' 11°: in questi ultimi casi si notava nel polmone un principio di induramento metapneumonico.

In 11 autopsie si riscontrarono infiammazioni del polmone a tipo lobulare: tale processo doveva sempre considerarsi secondario ad altri processi morbosi: così quattro volte in soggetti deceduti per tifo, una volta per difterite, una ab ingestis in soggetto morto in coma per trauma al capo, una settima in soggetto affetto da aneurisma e comprimente il grosso bronco di sinistra. Gli altri casi si verificarono in un morbo di Weil, in un caso di ustioni multiple, in due casi di settico-pioemie da ferite multiple ed in uno da tonsillite lacunare: in quest' ultimo il processo era bilaterale a tipo confluente e tale da simulare una polmonite lobare.

Due casi di infarti multipli del polmone presentarono come segni caratteristici di diagnosi clinica: il dolore acuto puntorio ed un'abbondante ed improvvisa espettorazione sanguigna: in un caso coesisteva un' endocardite verrucosa delle valvole aortiche ed un'aneurisma artero-venoso della femorale e di conseguenza entrambe queste lesioni potevano costituire la sorgente dell' embolia: nell'altro notavasi un'aneurisma dell' arco aortico e la morte era avvenuta improvvisamente per rottura dell'aneurisma, comunicante col grosso bronco di sinistra.

La formazione di ascessi polmonari del lobo inferiore del polmone destro si ebbe in individuo di età avanzata con bronchite muco-purulenta diffusa.

Gli ascessi variavano per grandezza da una noce ad un uovo di gallina e potè essere dimostrata la loro diretta comunicazione col bronco. Le raccolte purulente erano limitate da una sottile zona di tessuto connettivo che le incapsulava ma il parenchima polmonare circostante non aveva subito alcun processo di ispessimento e di sclerosi.

L'induramento bruno di tutto il polmone con atelettasia si ebbe in quattro casi e per le seguenti cause; in due casi per pleurite cronica fibrosa adesiva totale, in uno per empiema metapneumonico e nell'ultimo per empiema dovuto alla trasformazione in purulento di un essudato siero-fibrinoso.

Le alterazioni subacute o croniche dei polmoni furono in gran parte dovute all'infezione tubercolare: in quattro casi la morte era in rapporto con alterazioni svoltesi su polmoni già danneggiati dal processo tubercolare cronico. Così in un caso vi erano focolai di sclerosi con caseificazione e retrazione del l'apice e focolai bronco-pneumonici caseosi di varia estensione, in un altro una tubercolosi ulcerosa diffusa con formazione di caverne: negli altri due pure esisteva la forma ulcerosa bilaterale con formazione di caverne, focolai di bronco-polmonite gelatinosa e di polmonite caseosa. Ma, non sempre il processo tubercolare era da considerarsi come causa di morte; talvolta e precisamente in tre casi fu reperto accidentale di autopsia.

Così in un soggetto morto per nefrite subacuta si trovò una tubercolosi degli apici in preda a sclerosi e calcificazioni e lesioni tubercolari più recenti essudative e proliferative, ə quadri analoghi si riscontrarono in altri due individui nei quali la causa di morte era da ricercarsi in una gangrena da congelamento di entrambi gli arti inferiori ed in un processo di meningite cerebro-spinale.

Pleure. La presenza di liquido sieroso abbondante in entrambe le cavità pleuriche, tale da costituire un vero e proprio idrotorace bilaterale si riscontrò in quattro casi di nefrite acuta e subacuta ed in un caso di cancro endoteliale del peritoneo.

I processi infiammatorii acuti comprendono i 9 casi di pleuriti sierose o siero-fibrinose reattive e che si accompagnavano all'infiammazione acuta lobare del polmone; in un caso la pleurite aveva sede nel lato opposto a quello del polmone infiammato.

La pleurite acuta purulenta (empiema) si manifestò tre volte; una quale complicazione di una polmonite; un'altra secondaria a ferita della base del torace e della cupola epatica con formazione di ascesso subrenico, ed infine una terza da trasformazione in purulento di un essudato siero-fibrinoso.

Il pneumotorace si verificò una volta per ferita da fucile accompagnato da abbondantissimo versamento ematico.

In oltre la metà delle necroscopie si riscontrarono aderenze più o meno estese fra la pleura parietale e quella viscerale: in trentun casi tali aderenze erano diffuse a gran parte della superficie, tenaci, biancastre, tanto da rendere difficile talvolta l'ablazione dell'organo.

Macchie emorragiche sottopleuriche si osservarono cinque volte in soggetti deceduti per meningite cerebro-spinale, per morbo di Weil, per setticopioemia da ferita al midollo dorsale e negli ultimi due casi per nefrite acuta.

IV. Apparato digerente.

Tonsille e Faringe. L'infiammazione acuta muco-purulenta delle tonsille si osservò tre volte in soggetti deceduti per morbillo, per bronco-polmonite e per meningite cerebro-spinale: in quest'ultimo caso era chiaramente interessata anche la tonsilla faringea.

Pure tre volte l' infiammazione delle tonsille era a tipo necrotico e precisamente: in un caso di setticoemia rapidamente mortale ove la mucosa del faringe era fortemente arrossata assumendo l' aspetto eresipelatoso ed in due casi di atrofia giallo-acuta del fegato: al processo infiammatorio si accompagnava anche una iperplasia delle tonsille ed una iperplasia del sistema linfatico.

STOMACO. Emorragie ed erosioni della mucosa dello stomaco si riscontrarono in un caso di avvelenamento da sublimato, in due casi di morbo di Weil, ove per altro le emorragie erano diffuse alla sierosa dell' organo ed al mesentere ed in un caso di dissenteria.

In un vecchio operaio assai dedito all' alcool si osservò un catarro cronico dello stomaco con l'aspetto anatomo-patologico della gastrite iperplastica.

INTESTINO. Catarro abbondante della mucosa dell' ileo, con iperemia e piccole emorragie si osservarono in due casi di setticoemia ed in un caso di nefrite subacuta; alterazioni più gravi e più diffuse tanto da rivestire il quadro della ileite acuta emorragica si rinvennero all' autopsia di un soggetto morto per ascessi polmonari bronchiogeni.

Le autopsie per ileo-tifo furono nove: la complicazione mortale più frequente (5 casi) fu la peritonite la quale ebbe origine non sempre identica. Difatti in un caso la peritonite era da considerarsi da propagazione in quanto che le ulceri, pur essendo prossime alla perforazione, non erano ancora perforate; in tre casi la perforazione era completa ed aveva sede rispettivamente a 10, 20, 60 cm. dalla valvola ileo-cecale: nell' ultimo la peritonite fu determinata dalla rottura di ghiandole linfatiche rammollite e necrotiche in prossimità del ceco. Tale complicazione avvenne sempre nel secondo settenario e precisamente all' 8°, 10°, 12° giorno di malattia. Negli altri quattro casi la morte avvenne per lesioni parenchimatose tossiniche del cuore, fegato e reni con focolai di bronco-polmonite. Tali soggetti morirono nel 20°, nel 24° e nel 25° giorno di malattia.

Talvolta si ebbe la localizzazione delle ulceri prevalentemente al colon (colo-tifo) e nei due soggetti la morte avvenne per lesioni tossiniche del cuore, fegato e reni.

La dissenteria si manifestò entrambe le volte per le caratteristiche ulceri del colon con deposizioni fibrinose. Si trattava di forme croniche riacutizzate ed accanto alle perdite di sostanza, che si approfondivano talvolta fino alla muscolare facevano contrasto tratti di mucosa iperplastica, arrossata, fino quasi ad assumere l' aspetto di vegetazioni polipose infiammate. Tali zone si alternavano con zone di mucosa atrofica, pallida e la neoproduzione connettivale della sottomucosa sottostante determinava frequentemente delle retrazioni cicatriziali. In un caso i focolai di necrosi erano assai diffusi e frequenti, ed abbondanti erano le emorragie della mucosa e della sottomucosa: nell' altro un'ulcera del ceco era perforata ed aveva provocato una pelvi-peritonite purulenta.

Fra i processi ulcerativi sono da ricordare numerose ulceri tubercolari dell' ileo in un caso di tubercolosi universale: fra i processi neoformativi alcuni fibro-adenomi poliposi del retto furono un reperto occasionale di autopsia.

FEGATO Le alterazioni circolatorie rappresentate da una stasi acuta e recente dell' organo si verificarono in due nefritici con ipertrofia e dilatazione secondaria di tutto il cuore, ma specialmente del cuore destro: in un caso pure

di nefrite subacuta la stasi datava indubbiamente da parecchio tempo tanto che il parenchima epatico aveva assunto l'aspetto della noce moscata e mostrava pure notevoli modificazioni del rapporto tra parenchima e connettivo.

La capsula era trasparente, la consistenza aumentata, la superficie granulosa. Al taglio il parenchima strideva e la superficie di taglio mostrava sottili zone di tessuto connettivo giovane: i lobuli non erano nettamente manifesti e quà e la si notavano fenomeni di rigenerazione dei lobuli epatici.

Nei molti casi di infezioni acute, tifo 9 volte, setticopiemia 6, polmonite 3, bronco-polmonite 2, tubercolosi 2, empiema, dissenteria, cancro del peritoneo, (complessivamente 25 volte), si osservò il rigonfiamento torbido: la degenerazione grassa ebbe occasione di manifestarsi tre volte in un caso di tifo morto di peritonite da perforazione, in uno di polmonite bilaterale, ed in uno di dissenteria: a quest' ultima si accompagnava ittero universale di lieve grado per stasi delle fini vie biliari.

Presentarono speciale interesse cinque autopsie per morbo di Weil denominazione che recentemente è stata sostituita, forse esagerando, da quella di spirochetosi ittero-emorragica. È noto, infatti che non è costante il reperto specifico con quadri clinici della malattia di Weil.

Le alterazioni principali, oltre all' ittero universale, avevano sede nei reni, sotto forma di nefrite parenchimatosa e negli altri visceri come di regola si riscontra nelle infezioni acute. La sindrome emorragica fu sempre presente con intensità più o meno grave: le ghiandole linfatiche periportali tumefatte ed arrossate in tutti i casi: spesso anche l'apparato linfatico mesenterico, presentava i segni di una linfoadenite acuta. Le vie biliari furono sempre trovate libere con bile fluida ricca di pigmenti, le feci colorate, le urine itteriche: secondo la recente classificazione del Dionisi questa forma morbosa, sia che abbia origine dal paratifo o dallo spirochete icterohaemorragiae, deve essere considerata come un ittero colurico sterco-bilinico.

Di non minore interesse anatomo-patologico furono quattro autopsie per atrofia giallo-acuta del fegato che già avevamo avuto occasione di osservare anche nell'anno scolastico preccdente. La morte avvenne sempre in un periodo dal 5° al 7° giorno di malattia. Questa ebbe inizio con febbre alta 38°,5-39°,5 dolori alla gola, allo stomaco con vomito: il fegato grosso debordava dall'arco costale. Dopo due o più giorni comparve la tinta itterica, l'aia epatica dimostrò tendenza a rimpicciolire e gli infermi caddero in preda a sopore poi a coma: l'ittero diventò intenso, comparvero segni di insufficienza cardiaca ed avvenne la morte. Il quadro anatomico fu caratterizzato oltrechè dall' ittero, da edema della sostanza cerebrale con emorragie puntiformi delle meningi, diffuse talvolta al mesentere ed al grasso mediastinico, da linfoadenite acuta mesenterica e periportale, due volte da tonsillite necrotica, da tumore acuto di milza, da lesioni tossiniche del cuore e dei reni. Le alterazioni anatomiche del fegato furono sempre tipiche: il peso variò da 950 a 1150 grammi, il colore era giallo rabarbaro, il parenchima flaccido stridente al taglio: la superficie di aspetto variegato con isole gialle della grandezza di una lenticchia spiccanti su fondo rosso: il disegno del lobulo non era, in ogni parte dell'organo, più manifesto. L'analogia fra tale forma morbosa e quella che prende il nome da Weil appare manifesta sia in rapporto all'andamento clinico che al quadro anatomo-

patologico: le differenze sono in rapporto alle alterazioni del fegato che nell'atrofia raggiungono il massimo grado colla vera e propria distruzione od autolisi del parenchima epatico mentre tale gravità non si osserva mai nel morbo di Weil ove la cellula epatica, non è mai distrutta.

Un voluminoso ascesso del fegato ebbe origine da una ferita da palla di fucile che interessava la base del torace destro e la parte più alta del lobo destro del fegato. La complicazione che dapprima era seguita aveva sede alla base del polmone ove si era formato un empiema saccato comunicante attraverso un sottile foro del diaframma prodotto dal proiettile, con una raccolta subfrenica (ascesso a bottone di camicia). Una parte del tessuto epatico del lobo destro era distrutto e le pareti della cavità purulenta tappezzate da pseudomembrane fibrinose.

Una sola volta ci fu dato di osservare alterazioni tubercolari del fegato e precisamente in un caso di tubercolosi universale: i tubercoli erano piccolissimi grigi, lucenti e diffusi a gran parte dell'organo.

Pure una volta in luetico con manifestazioni del periodo terziario riscontrammo un'epatite interstiziale con linfoadenite periportale, ittero ed ascite.

PANCREAS. Fra le alterezioni del pancreas è da ricordare soltanto una sclerosi diffusa con piccole ma numerose emorragie interstiziali: la morte era stata determinata da peritonite per perforazione di ulcera tifosa.

PERITONEO. La cavità peritoneale era in due casi piena di sangue per ferite da palletta di shrapnell penetrata in corrispondenza del margine costale sull'emiclaveare ed interessante il fegato l'intestino ed il mesentere in un caso; nell'altro una grossa scheggia di granata aveva leso il tripode celiaco: l'emorragia imponente era stata causa di rapida morte.

Versamenti sierosi cospicui (ascite) si riscontrarono in due casi di nefrite acuta glomerulo-tubulare, in un caso di nefrite cronica con anasarca, in un caso di cancro endoteliale del peritoneo.

I processi infiammatori acuti fibrino-purulenti erano dovuti a propagazione da ulcera tifosa una volta, a perforazione di ulceri tifose tre volte, a rottura di linfoadeniti acute mesenteriche una volta, a perforazione di ulcera dissenterica una volta.

La peritonite cronica fibrosa adesiva fu reperto frequente (16 volte) e si associava spesso a pregressa pleurite: in un caso di omentite cronica fibrosa si era determinata la formazione di un laccio ad ansa con consecutiva costrizione dell'ileo. Le alterazioni tubercolari consistevano in grossi nodi caseosi del peritoneo parietale e viscerale.

Fra le neoplasie é da ricordare un cancro endoteliale: all'apertura della cavità addominale notavasi che il peritoneo parietale era uniformemente ricoperto da numerosissimi noduli bianco-grigiastri a limiti ben netti non circondati da alone iperemico: tali noduli spesso confluivano in modo da formare chiazze o zone a superficie finamente granulosa. La neoformazione granuliforme era diffusa a tutta la sierosa peritoneale, che si presentava al nostro esame: la capsula del fegato e quella della milza, il legamento gastro-colico il mesentere l'omento erano riccamente infiltrati, tanto che l'omento era dello spessore medio di circa un centimetro. Le anse del tenue erano tutte riunite fra di loro per mezzo di tale neoformazione, ma si lasciavano facilmente staccare. Oltre a

ciò si notava abbondante liquido a contenuto fortemente emorragico nella quantità circa di due litri.

V. Apparato urinario.

Reni. In un soggetto morto per ferite si osservò un caso di rene piccolo congenito bilaterale con profonde lobulazioni fetali.

Le alterazioni dei reni, in rapporto specialmente con processi infettivi acuti e che prendono ora, il nome di nefrosi si verificarono nel tifo 5 volte, nella polmonite 4 volte, nella atrofia giallo-acuta 3 volte, nel morbo di Weil 2 volte, in due casi di ustioni diffuse a gran parte del corpo, nella setticoemia 5 volte, nella meningite cerebro-spinale due volte: l'organo era lievemente aumentato di volume, con capsula facilmente svolgibile, la superficie di taglio di aspetto torbido, il disegno del tubulo e del glomerulo non bene visibile per un processo degenerativo degli elementi che lo compongono.

Infiammazioni acute glomerulo-tubulari si verificarono tre volte e la morte avvenne per uremia: all'esame dell'organo spiccava notevolmente la sostanza corticale dalla midollare: la corticale era aumentata di volume, i vasi interlobulari ben manifesti ed accanto a questi evidenti i glomeruli di color grigio-roseo.

In un caso di nefrite subcronica, del tipo di grosso rene variegato, i reni erano di volume aumentato con superficie liscia e sotto la capsula si osservavano numerose zone più o meno ampie di forma irregolare, lievemente avvallate di color rosso-bluastro per emorragie alternantisi con zone di color bianco-grigio un po'sollevate. All'esame della superficie di taglio la sostanza midollare di color rosso-scuro spiccava per il colore dalla sostanza corticale più pallida ed i limiti erano ben netti. Tale color rosso-bruno era particolarmente intenso nel limite fra midollare e corticolare. In questa si notavano ancora isole triangolari ovalari rotondeggianti grigiastre che si alternavano con zone rosso-brune come di già erasi osservato all'esame della superficie. I glomeruli erano visibili sotto forma di piccoli grani miliariformi giallo-grigi.

Nell'altro caso di nefrite subcronica i reni erano di volume aumentato, la capsula ispessita ma distaccabile, la superficie liscia, la consistenza pure aumentata. Alla superficie di taglio la corticale rossa era differenziata dalla midollare, il disegno del lobulo confuso. Nella corticale si vedevano bene grosse strie rosse, nel decorso delle quali apparivano punticini grigiastri poco sollevati, sparsi qua e là, riconoscibili per glomeruli in preda ad infiammazione subacuta. Anche il connettivo interstiziale era diffusamente aumentato, ma non aveva ancora dato luogo al raggrinzamento.

La nefrite interstiziale acuta fu osservata tre volte e precisamente in un caso di setticopioemia, in un caso di morbillo, ed in uno di bronco-polmonite diffusa ad entrambi gli organi. Il tipo descritto dall'Aschoff era evidente in tutti i particolari anatomo-patologici: i reni erano lievemente aumentati di volume con capsula svolgibile a superficie liscia, a colorito ineguale per l'alternarsi di zone rosso-brune con zone più chiare. All'esame della superficie di taglio il disegno della corticale appariva confuso e nella sostanza corticale si notavano delle striature emorragiche corrispondenti ai punti rosso-bruni della superficie, e striature grigio-pallide a forma di piramide colla base rivolta verso

la periferia, corrispondenti alle zone pallide della superficie e formate da accumuli di elementi parvicellulari aventi sede negli spazi interstiziali.

Fra i processi infiammatori acuti è infine da notare un caso di nefrite suppurativa insorta in soggetto con cistite difterica: oltre alla pielite si osservarono numerosi piccoli ascessi nel parenchima renale e precisamente nel limite fra sostanza corticale e midollare.

In un vecchio operaio si riscontrò una forma tipica di rene atero-sclerotico bilaterale: l'organo assai impicciolito a superficie ineguale per la presenza di infossamenti di estensione, forma e profondità varie fino alla profondità di mezzo centimetro: gli infossamenti corrispondevano ai distretti vascolarî arteriosi maggiormente alterati, la corticale e midollare erano ridotte, il grasso dei bacinetti aumentato.

In un individuo morto per tetano si ebbe, come reperto accidentale, un voluminoso calcolo del rene destro occupante tutto il bacinetto del quale ne riproduceva esattamente la forma: la sostanza renale era ridotta ad una sottile striscia di tessuto tanto che la funzione poteva considerarsi quasi abolita: l'uretere corrispondente aveva le pareti ingrossate, colla mucosa arrossata e ricoperta di qualche fiocco di fibrina.

Vescica. In quattro soggetti, con lesione trasversa completa del midollo, si riscontrò un'infiammazione pseudo-membranosa a tipo difterico con necrosi ed emorragie.

VI. Sistema nervoso.

Meningi. Nella forma di pachimeningite cronica fibrosa esterna adesiva le aderenze erano totali e tenaci tanto da rendere impossibile l'ablazione della calotta separatamente: il soggetto era deceduto per nefrite subacuta.

Le malattie delle meningi molli furono rappresentate dai processi infiammatorii acuti fra i quali ricorderemo tre casi di meningite cerebro-spinale, due di meningite tubercolare, ed uno di meningite purulenta.

Nei tre casi di meningite cerebro-spinale il quadro anatomico si presentava con tutte le sue caratteristiche. Gli spazi aracnoidali della volta erano ripieni di pus; i fini vasi fortemente iniettati, le vene turgide, la pia meninge opacata grigiastra. Anche le cisterne aracnoidali della base e i ventricoli erano ripiene di pus giallo-verdastro. L'esame delle tonsille palatine e faringea dimostrò che due volte esse erano ricoperte di essudato purulento. Da rilevare inoltre in due casi la persistenza del timo che raggiungeva i 20 grammi di peso. La morte era avvenuta fra il 4° ed il 9° giorno di malattia.

In entrambi i casi di meningite tnbercolare nella forma essudativa e proliferativa, essa doveva considerarsi come la localizzazione o fase terminale di un processo, che aveva già invaso gran parte dell'organismo: coesisteva infatti, tubercolosi ghiandolare, polmonare, del fegato ecc.

La leptomeningite acuta purulenta ebbe origine da un focolaio di frattura comminuta al parietale sinistro con lesione della dura e spappolamento di sostanza cerebrale.

Sostanza cerebrale. Alterazioni circolatorie della sostanza cerebrale, edema ed iperemia, si manifestarono evidenti 16 volte. Le cause che le produssero furono svariate: spesso processi iufettivi generali quali il tifo (2 volte), la pol-

monite (3), il morbo di Weil (2), la dissenteria (2); talvolta la nefrite cronica (3) e la glomerulo-nefrite acuta (3); oppure per stasi da compressione della vena cava superiore nel caso di tumore del mediastino, e di linfosarcoma delle ghiandole retroperitoneali con partecipazione dell' apparato linfatico periaortico.

In due casi di rammollimento emorragico post-traumatico l'estensione del processo raggiunse notevoli dimensioni. In un caso l'osservazione è particolarmente interessante, perchè lo spappolamento era stato per la maggior parte determinato da emorragia secondaria di un ramo dell'arteria silviana, avvenuta circa un mese dopo dacchè il soggetto aveva riportato la ferita e quando le buone condizioni locali e generali potevano far sperare in una sollecita guarigione.

La trombosi di alcuni rami dell'arteria silviana da endoarterite obliterante in individuo che presentava i segni di una lue pregressa, determinò due focolai di rammollimento: uno in corrispondenza del piede della terza circonvoluzione frontale di sinistra della grandezza di una noce avellana ed uno in corrispondenza del talamo ottico dello stesso lato.

Midollo spinale. Una meningite purulenta spinale, secondaria a ferita da palletta da shrapnell penetrante nello speco vertebrale fra l' VIII^a e la IX^a vertebra dorsale, si associava a rammollimento con infiltrazione emorragica del tessuto nervoso. Asportato il proiettile, che comprimeva la metà sinistra del midollo all' altezza indicata, si notò infiltrazione purulenta delle meningi molli spinali prevalentemente per un tratto di quattro centimetri al di sopra e al disotto della palletta. Oltre l' infiltrazione purulenta, più spiccata in corrispondenza dei fori di uscita delle radici, si notarono emorragie subpiali che raggiungevano la coda equina in basso e il midollo cervicale in alto.

In altri tre casi, la ferita a canale completo, aveva determinato la sezione trasversa completa del midollo all'altezza dell' VIII^a, XI^a, XII^a vertebra dorsale: in un caso eravi anche lesione del polmone destro con emotorace. L' osservazione del focolaio di ematomielia post-traumatica faceva rilevare come il rammollimento si estendesse più alto e più in basso del segmento colpito: la morte avvenne per complicazioni, di natura infettiva fra il 10° ed il 20° giorno del ferimento (piaghe da decubito, cistite, bronco-polmonite, setticoemia ecc.).

VII. Cute e cellulare sottocutaneo.

Cute. Se si eccettuano due casi di ustioni multiple, le alterazioni della cute si manifestarono sempre in rapporto con altri processi morbosi. Nel primo caso di ustioni il soggetto, mentre dormiva, era stato investito dalle fiamme che in breve distrussero il suo ricovero in legno. Le lesioni erano di tutti i gradi e generali ma più estese e profonde alle mani cd ai piedi. La morte era avvenuta dopo qualche ora per shock: alla necroscopia si osservò il caratteristico deposito di fuliggine sulla mucosa orale, tracheale e dei grossi bronchi e la modificazione della sostanza colorante del sangue dall' avvelenamento per ossido di carbonio. Nel secondo caso le scottature furono determinate dall' incendio di sostanze esplosive: la morte sopravvenne dopo 18 giorni per intossicazione e con complicazione di bronco-polmonite e di nefrite.

Le modificazioni di colore della cute furono dovute alla pigmentazione itte-

rica nei casi di morbo di Weil e di atrofia giallo-acuta del fegato, ed a un esantema morbilloso in soggetto deceduto per bronchite capillare e bronco-polmonite.

In tre casi di polmonite si osservarono ancora evidenti le vescicole dell'erpes labialis: in due nefritici pustole agli arti inferiori, in parecchi individui dermatosi parassitarie a tipo morfologico vario. Infine sono da ricordare osservazioni di piaghe da decubito in cinque feriti al midollo con sezione trasversa: talvolta le ulcerazioni si approfondivano fino a raggiungere il piano osseo sottostante.

Cellulare sottocutaneo. In tre casi di nefrite cronica si notarono edemi degli arti inferiori notevoli, appena accennati agli arti superiori. Oltre a ciò si riscontrò idropericardio, idrotorace ed ascite con pallore intenso della cute e delle mucose. Nell'osservazione di linfosarcoma del mediastino, comprimente la vena cava superiore, l'edema era localizzato al cellulare sottocutaneo degli arti superiori ed alla parte superiore del tronco fino all'altezza delle areole mammarie.

In un soggetto cinquantenne morto per bronco-polmonite si osservò infine un caso di lipomi simmetrici bilaterali delle fosse sopraclavicolari con diffusione alle fosse sopraspinose ed agli interstizi muscolari dei muscoli della nuca, tanto da meritare la designazione di lipoma arborescente.

VIII. Ossa ed articolazioni.

Tutte le malattie dell'apparato scheletrico erano di natura traumatica e quasi sempre consecutive a ferite.

Le fratture del cranio furono tre: due comminute della volta (ossa parietali) da proiettile di fucile e da scheggia di bomba a mano con spappolamento grave di sostanza cerebrale; la terza in corrispondenza della regione temporo-parietale destra, fu prodotta da un calcio di mulo. Oltre la frattura stellata con numerose irradiazioni coesisteva un ematoma extradurale del volume di un mandarino: in vita il paziente aveva dapprima presentato un'emiplegia del lato opposto, cui subentrò uno stato comatoso che durò alcuni giorni.

In cinque casi di frattura della colonna vertebrale (porzione dorsale) con lesione completa del midollo all'altezza già accennata era interessato tre volte la lamina dell'arco vertebrale e due volte l'arco ed il corpo.

La frattura multipla di costole con gravi lesioni viscerali (polmone e fegato) si riscontrò in un individuo travolto e schiacciato da un camion: la morte fu istantanea.

Le ossa degli arti furono fratturate quattro volte e sempre l'arto inferiore: nei tre casi di frattura del femore la morte avvenne in due casi per setticoemia e nel terzo per gangrena gassosa: nella frattura completa delle ossa della gamba con quasi totale distacco dall'arto la morte avvenne per emorragia.

IX. Ghiandole a secrezione interna.

Tiroide. La ghiandola si presentò notevolmente ingrossata due volte: una per struma parenchimatosa e la morte avvenne per ittero infettivo: l'altra per struma cistico di entrambi i lobi in un caso di nefrite cronica.

Capsule surrenali. In soggetti deceduti per nefrite glomerulo-tubulare e per pleurite purulenta destra si osservò in entrambe le capsule una sclerosi notevole della sostanza midollare.

Timo. Tale ghiandola si riccontrò di volume assai superiore al normale, tenuto conto dell'età dei pazienti, sei volte e precisamente due volte in soggetti deceduti per meningite cerebro-spinale, due volte deceduti per paralisi acuta di cuore, una volta per atrofia giallo-acuta del fegato, una volta per bronco polmonite. Come ho già accennato nel secondo capitolo nei due casi di paralisi acute di cuore ed in quello dì atrofia giallo-acuta coesisteva una iperplasia di tutto l'apparato linfatico.

X. Appendice.

In questo capitolo sono da ricordare due sole osservazioni: uno di gangrena gassosa consecutiva a frattura del femore ed uno di tetano che merita di essere brevemente esposto per la singolarità del modo di penetrazione dell'agente infettivo e per la natura dell'agente determinante la soluzione di continuo nella cute.

In un individuo accolto all'ospedale con diagnosi di otite destra il medico constatò nella parete del condotto uditivo esterno una causticazione provocata da nitrato d'argento in lapis. Detta causticazione aveva prodotto una larga e profonda escara biancastra in parte distaccata per modo che lasciava vedere il sottostante roseo tessuto di granulazione. Una zona di cute causticata partiva dal detto meato uditivo e seguendo la direzione della branca orizzontale della mandibola arrivava fino al mento. Sette giorni dopo il suo ingresso in ospedale comparvero i primi fenomeni dell'infezione tetanica: rapidamente il quadro divenne completo e minaccioso e la morte avvenne dopo tre giorni. All'autopsia, salvo una lieve iperemia degli organi interni, non si rilevò alcuna speciale alterazione.

*
* *

Conclusioni.

Dalla succinta relazione esposta risulta come le lesioni anatomo-patologiche dimostrate nel periodo d'insegnamento siano state numerose e variate e spesso di notevole interesse. Se alle 245 autopsie eseguite dal Febbraio al Maggio 1916 si aggiungono le circa 200 eseguite dal Dicembre 1916 al Marzo 1917, di cui qui ho esposto sommariamente i risultati, si ha un totale di 450 necroscopie, numero non indifferente e che permette di trarre qualche utile considerazione scientifica e pratica. I dati di fatto seguenti recano indubbiamente alcuni contributi alla miglior conoscenza di questioni anatomo-patologiche, che sono tuttora argomento di studio.

La frequente constatazione di alterazioni atero-sclerotiche dell'aorta di soggetti in giovane età, il che conferma le recenti vedute

di Jores e rende verosimile l'ipotesi sostenuta dal Dionisi che tossici di natura varia possano provocare fin dalla giovane età le prime lesioni degenerative dell'intima vasale, alle quali seguono poi le altre modificazioni di struttura che caratterizzano il processo aterosclerotico.

La constatazione frequente nell'epicardio di ispessimenti fibrocallosi madreperlacee o macchie tendinee. La loro perfetta delimitazione, senza altri segni di pregressa infiammazione, induce a ritenere che si tratti piuttosto di un disturbo di sviluppo che di un processo guarito di pericardite circoscritta.

La frequenza della persistenza del timo in soggetti deceduti per malattie infettive acute fra le quali la meningite cerebro-spinale epidemica, la polmonite lobare, l'atrofia giallo-acuta del fegato.

La relativa frequenza della persistenza del timo con iperplasia di tutto il sistema linfatico (stato timico-linfatico di Paltauf) e la disposizione di tali individui alle morti rapide per insufficienza di cuore.

In questi soggetti inoltre osservasi spesso la milza grossa il che pure spesso è erroneamente attribuito a pregresse malattie infettive, delle quali non è dimostrata la reale esistenza.

La maggior frequenza di localizzazione della meningite cerebrospinale alla base più che alla volta.

L'esistenza di un'associazione della meningite cerebro-spinale alla tubercolare ed il predominio che assumono le alterazioni anatomiche di quest'ultimo processo: tantochè, se non esistessero ricerche batteriologiche accurate, si sarebbe indotti ad escludere l'associazione dei due processi ed attribuire alla meningite tubercolare unicamente il quadro morboso.
